Б 72-38
160

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им. проф. В. П. СЕРБСКОГО

ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА

(СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ)

Выпуск 2

Под редакцией
Члена-корреспондента АМН СССР
профессора Г. В. МОРОЗОВА

Москва — 1971

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ПОТОМСТВА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

В. Д. Дульнев (гор. Москва)

Продолжительное злоупотребление спиртными напитками ведет постепенно к ряду изменений со стороны центральной и периферической нервной системы, органов кровообращения и пищеварения, завершаясь в далеко зашедших случаях нарушениями общего обмена веществ, эндокринных регуляций и, наконец, деградацией (Н. А. Флеров, Вейксельбаум и Кирле, Ф. Е. Рыбаков, И. В. Давыдовский, И. В. Стрельчук, Н. А. Майсюк, Г. К. Ушаков и Н. А. Терпигорова). Тяжелые последствия хронической алкогольной интоксикации настоятельно требуют глубокого изучения проблемы влияния алкоголизма родителей на здоровье потомства. В отделе по изучению мозга при врожденных и наследственных заболеваниях Института педиатрии АМН СССР в течение ряда лет ведутся исследования по антенатальной профилактике заболеваний нервной системы у детей. Настоящая работа является частью этих исследований и посвящена изучению влияния хронического алкоголизма мужчин на развитие потомства.

Рассмотренная нами литература показывает, что сведения о влиянии хронического алкоголизма мужчин на потомство неопределенны и противоречивы. Ряд авторов находит в семьях хронических алкоголиков высокий процент мертворождаемости, ранней детской смертности, отсталость физического развития и отягощенность соматическими, нервными и психическими заболеваниями у детей, оставшихся в живых (Реш, Дорзо, Легрен, Соливэн, Хойер с соавторами, Седлачкова и Видерманова, Парнитцке и Прюссинг и др.). Согласно данным других исследователей, алкоголизм мужчин не оказывает влияния на потомство (Полиш, Панзе, Габриэль).

В ряде этих работ обследовались смешанные контингенты людей без специального изучения здоровья отца и матери в каждом отдельном случае, не исследовался характер заболевания мужчин алкоголизмом, не изучались причины ранней

детской смертности и заболеваемости у детей. Наконец, не учитывались условия протекания беременности у матери, характер течения родов и особенности постнатального развития детей. Все это имеет большое значение для оценки здоровья и обсуждения причин отклонения от нормального развития детей.

В Московской городской психиатрической больнице им. Соловьева мы ознакомились с 726 историями больных хроническим алкоголизмом. Тщательному анализу были подвергнуты 668 семей, где имелись дети. Из них лишь в 72 семьях были дети, развившиеся в период начавшегося или выраженного алкоголизма отца. В остальных семьях (в 596 из 668) дети родились до заболевания их отцов алкоголизмом — в большинстве случаев мужчины заболевали алкоголизмом к 30 годам, после появления в семье одного или двух детей.

В 72 семьях, в которых имелись дети от отцов-алкоголиков, 26% мужчин страдали, помимо алкоголизма, другими заболеваниями (туберкулез, ревматизм и т. д.). В 31% семей больной оказалась мать или имела место патология беременности и родов. В 12% семей больными были отец и мать одновременно. В сумме такого рода патология имелась в 70% случаев (50 из 72).

Таким образом, только в 22 семьях из 72 отец страдал хроническим алкоголизмом и не был обременен другими заболеваниями, а мать была здорова. Обследование этих семей выявило их материальное положение, взаимоотношения между супругами, между родителями и детьми. Материальное положение семей было удовлетворительным, у части семей — хорошим; отцы в этих семьях вылечились от алкоголизма и вели нормальный образ жизни.

О развитии детей мы получили сведения от родителей, воспитателей детских учреждений и педагогов школ. Все дети из этих семей были обследованы нами в условиях поликлиники или стационара Института педиатрии АМН СССР. Учитывался уровень физического развития, состояние соматической сферы и нервной системы, уровень психического развития. Оценку физического развития детей мы основывали на антропометрических нормативах, разработанных Р. Б. Коган, Г. Н. Головановой и В. Я. Леонтьевым. В ряде случаев исследовались острота зрения и слуха, проводилось рентгенологическое исследование черепа.

В 22 семьях к моменту обследования имелось 64 ребенка (некоторые из них были уже взрослыми людьми). Мы выделили среди них 2 группы детей: развившихся до заболевания отца алкоголизмом и развившихся от больных алкоголизмом отцов. Последняя группа была разделена нами на две под-

группы в зависимости от стадии алкоголизма отца. При этом мы пользовались классификацией, предложенной А. Н. Молоховым и Ю. Е. Рахальским, выделяя привычный алкоголизм — начальную стадию хронического алкоголизма, и стадию собственно хронического алкоголизма. Кроме того, мы выделили группу детей, рождению которых предшествовал 3—4-летний период, во время которого их отцы, злоупотреблявшие ранее спиртными напитками, не употребляли алкоголь, и к концу 3-го года воздержания считались выздоровевшими людьми.

Прежде чем перейти к анализу развития и состояния здоровья детей названных групп, рассмотрим течение и исходы беременностей у женщин в зависимости от тяжести алкоголизма у отца, а также показатели детской смертности (таблица 1).

Приведенный материал показывает, что хронический алкоголизм отца не ведет к увеличению числа выкидышей, мертворожденных или рано умерших детей. Большое количество искусственных абортов у женщин из семей алкоголиков было вызвано ухудшением материального положения этих семей и беспокойством женщин за судьбу своих будущих детей.

В 1-ю группу (родившиеся в предалкогольном периоде) вошли 13 детей, в том числе 4 мальчика и 9 девочек. Все они родились в срок с нормальным весом и ростом. Их физическое и психическое развитие протекало удовлетворительно. К моменту обследования возраст детей колебался от 10 до 34 лет. Физическое развитие у всех детей этой группы было удовлетворительное. Лишь у 4-х детей в возрасте от 10 до 15 лет мы констатировали функциональные изменения со стороны нервной системы в виде повышенной раздражительности, плаксивости. Девять детей этой группы успешно закончили 7—10 классов средней школы и сейчас работают на производстве. Дети, продолжающие посещать школу, хорошо справляются со школьной программой. Изменений со стороны памяти, внимания, эмоциональной сферы у этих детей не выявлено.

Первая подгруппа второй группы включала 10 детей, зачатых в начальном периоде заболевания отцов алкоголизмом. Зачатию этих детей предшествовал 3—5-летний период злоупотребления их отцами алкоголем. Отцы выпивали в среднем 300—400 г водки в день, 2—3 раза в неделю, обычно в вечерние часы; все они считали себя здоровыми людьми и за помощью к врачам не обращались.

Все 10 обследованных нами детей этой подгруппы родились в срок с весом от 2900 до 3500 г и ростом от 49 до 52 см. Большинство из них находилось на грудном вскармливании.

Таблица 1

	Число семей	Возраст родителей	Кол-во беременностей	Искуственные аборты	Выкидыши	Течение беременности	Роды в срок		Умерших до 1 года	Умерших после года	Оставшихся в живых
							живым ребенком	мертвым ребенком			
До заболевания алкоголизмом	11	23—25	26	1	3	без токс.	21	1	7	1	13
Начальный период алкоголизма	9	28—30	18	7	—	б/т	11	—	—	1	10
Хронический алкоголизм	22	35—35	78	42	1	б/т	35 (одна двойня)	1	1	3	31
Период выздоровления	4	39—40	10	0	—	б/т	11 (одна двойня)	0	1	—	10

Развитие моторных функций у всех детей протекало нормальными темпами. Они вовремя начали держать голову, сидеть, ходить. Однако они позже, чем обычно, начали произносить отдельные слова, запаздывало развитие фразовой речи. В последующем они отличались от других детей пассивностью, недостаточной сообразительностью, с трудом запоминали сказки, не могли удовлетворительно передать их содержание. Каждый из них перенес по 2—4 инфекционных заболевания, протекавших в легкой форме. При обучении в школе все дети испытывали трудности в усвоении школьной программы, некоторые из них оставались на 2-й год и, как правило, уходили из школы по кончании 4—5 классов. Возраст детей колебался от 14 до 27 лет. Уровень их физического развития и соматического состояния был расценен нами как вполне удовлетворительный. Только в двух случаях обнаружены гастрит и ревматизм, у одного ребенка — снижение слуха после отита. У одного ребенка мы констатировали невроз.

Анамнестические данные и результаты обследования позволили заключить, что интеллектуальный дефект у этих детей имел органическую природу и не был связан с погрешностями в уходе и воспитании, что позволило трактовать его как легкую форму дебильности (дебильность 1-й степени).

Во 2-ю подгруппу мы включили 31 ребенка, зачатого в период развернутого алкоголизма. Рождению детей этой подгруппы предшествовал 8—10-летний период злоупотребления алкоголем их отцами. Мужчины пили в течение этих лет по 400—1000 г водки в день, почти ежедневно, прибегали к суррогатам водки. У всех мужчин были обнаружены изменения со стороны нервной системы и внутренних органов: снижение памяти, внимания, критического отношения к себе и своим поступкам, боли в сердце, диспептические явления, а также снижение полового чувства, вплоть до импотенции.

Все дети этой подгруппы родились в срок с весом от 2700 до 4000 г ростом от 46 до 58 см. Большая часть из них находилась на грудном вскармливании, физическое развитие у всех детей шло нормальными темпами. В психическом развитии дети рассматриваемой подгруппы заметно отличались от сверстников. Они поздно начали говорить, росли вялыми, тихими, предпочитали играть с детьми младшего возраста, в играх исполняли второстепенные роли. При обучении в школе они не усваивали программный материал. После одного года обучения в 1-м классе массовой школы их переводили во вспомогательные школы.

Возраст больных к моменту обследования составлял от 7 до 19 лет, из них 20 мальчиков и 11 девочек. Физическое

развитие этих детей оценено как удовлетворительное. Только в 3-х случаях отмечены изменения в соматическом статусе (туберкулезная интоксикация, ревматизм, хронический тонзиллит). Функциональные изменения со стороны нервной системы, изменения характера отмечены нами у 15 детей (неврозы, астения, трудности поведения). Локальной органической симптоматики не выявлено ни в одном случае. Ведущим симптомом в клинической картине детей этой подгруппы был интеллектуальный дефект — умственная недостаточность. Одновременно с ослаблением познавательного процесса отмечались снижение памяти, внимания, бедность воображения. Психологическое обследование убедило нас в органической природе этого дефекта в форме дебильности 2—3 степени; случаев имбецильности и идиотии не выявлено.

В третью группу вошло 10 детей, зачатых после того, как под влиянием медицинских и общественных воздействий их отцы — хронические алкоголики, прекращали пить и воздерживались от приема алкоголя более 3-х лет. Благодаря общеукрепляющему и противоалкогольному лечению у отцов этих детей улучшалось соматическое состояние, сглаживались функциональные психические и вегетативные нарушения, восстанавливались работоспособность, память, внимание, нормализовалась половая функция.

Из 10 детей этой группы 9 родились в срок, доношенными, с весом от 3100 до 3800 г и ростом от 51 до 54 см, один ребенок из двойни родился с весом 1900 г и ростом 39 см (второй ребенок из двойни умер на 4-й день жизни от кровоизлияния в мозг). Из 10 детей этой группы было 4 мальчика и 6 девочек. Психомоторное развитие у всех детей, за исключением девочки из двойни, у которой с рождения отмечены явления спастического тетрапареза и отсталось психофизического развития, шло нормальными темпами. Они вовремя начали держать голову, сидеть, ходить и говорить. В своем развитии они ничем не отличались от здоровых детей. Средний возраст детей к моменту обследования составлял 6—7 лет. Их физическое и психическое развитие, за исключением девочки из двойни, нами расценено как удовлетворительное. Один ребенок из этой группы страдал бронхиальной астмой, у одного отмечались невротические реакции.

Анализ приведенных выше данных приводит нас к заключению, что хронический алкоголизм отца оказывает неблагоприятное влияние на развитие у его потомства высших психических функций. Физическое развитие при этом не претерпевает заметных отклонений от нормы. Возникновение невротических реакций, изменений поведения у детей было обусловлено напряженной обстановкой в семьях алкоголиков, дефек-

тами воспитания. При сопоставлении нашего материала с литературными данными особое внимание привлекал тот факт, что мы не обнаружили в семьях хронических алкоголиков увеличения процента выкидышей, мертворождаемости, ранней детской смертности.

Наш материал позволяет утверждать, что наличие в анамнезе ребенка хронического алкоголизма родителей недостаточно для объяснения генеза грубых органических повреждений мозга врожденного характера. Для того, чтобы обнаружить истинную причину заболевания и тем самым помочь женщине в будущем родить здорового ребенка, нужно отказаться от соблазна «взвалить все на алкоголизм», а следует обратить внимание на поиски других причин страдания ребенка.

Большинство хронических алкоголиков, как мы отмечали, страдают не только от алкоголизма, но и от многих других болезней. Причем здесь нельзя говорить о простой сумме, например, хронического алкоголизма и туберкулеза или хронического алкоголизма и ревматизма. Комплексная патология способна оказать более тяжелое влияние на потомство. В этом смысле изучение хронического алкоголизма, неосложненного другими заболеваниями и привходящими обстоятельствами, является только первым, но совершенно необходимым этапом изучения проблемы «Алкоголизм и потомство».

СОДЕРЖАНИЕ

I. Вопросы эпидемиологии, судебнопсихиатрической экспертизы и организации лечебно-профилактической помощи

Стр.

Морозов Г. В., Качаев А. К. — Эпидемиологические данные к этиологии хронического алкоголизма 5

Лунц Д. Р. — Судебнопсихиатрическое значение алкоголизма, наблюдающегося у больных шизофренией 11

Холодковская Е. М. — Особенности опеки и попечительства лиц с явлениями хронического алкоголизма, осложненного перебральным атеросклерозом 17

Дульнев В. Д. — Состояние здоровья у потомства больных хроническим алкоголизмом 22

Попов П. М. — О роли алкоголизма при суицидальных попытках . 29

Морковкин В. М., Бурно Е. И. — К вопросу о клинических особенностях и диагностике алкогольных психозов в судебнопсихиатрической практике 36

Огарь В. Г., Киндрас Г. П. — О применении математического метода при изучении взаимосвязи хронического алкоголизма и церебрального атеросклероза 42

Бетин Е. М.—О влиянии алкогольной интоксикации на частоту правонарушений, совершаемых больными шизофренией . . . 49

II. Клиника и патогенез хронического алкоголизма

Стрельчук И. В. — О некоторых актуальных вопросах алкогольной патологии 55

Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Диковский А. А. — К вопросу о клинической классификации алкоголизма 64

Лукомский И. И. — Особенности клиники и течения хронического алкоголизма с учетом факторов возраста и пола . . . 70

Стрелюхин А. К., Григорьев В. И., Шувалов А. В. — К вопросу о некоторых биологических факторах хронического алкоголизма . 76

Качаев А. К., Иванов Н. А., Померанцев Ю. П. — Некоторые клинико-биохимические корреляции в динамике хронического алкоголизма 83

Дудко Т. Н. — Некоторые особенности обмена веществ у больных алкогольной эпилепсией 86

Константинова Т. П., Зажирей В. Д. — Некоторые данные иммунобиологических исследований больных хроническим алкоголизмом 90
Смирнова Г. А., Смирнова И.Н., Ружанский М. И. — К особенностям обмена калия и натрия крови у больных хроническим алкоголизмом и алкогольным делирием 95
Яворский В. А. — К вопросу метаболизма этанола при защитно-приспособительных реакциях у больных хроническим алкоголизмом 98
Борисков В. П. — О некоторых изменениях личности при различных типах течения алкогольной энцефалопатии 105
Щербатов И. В. — Некоторые исследования функционального состояния печени при алкогольной абстиненции 110
Шувалов А. В. — Некоторые результаты иммунобиологических исследований алкогольного абстинентного синдрома 115

III. Клиника и патогенез алкогольных психозов

Гулямов М. Г. — Некоторые итоги изучения острых алкогольных психозов 121
Зеневич Г. В., Удальцова М. С. — О некоторых особенностях рецидивирования алкогольных психозов 129
Шумаков В. М. — К вопросу об особенностях и генезе алкоголизма у больных шизофренией 135
Пастушенко Л. А. — Об острых психогенных параноидах, возникающих в период алкогольного опьянения 143
Анучин В. В., Борисов Е. В. — Некоторые вопросы клинической классификации алкогольных бредовых расстройств 148
Турова З. Г. — Особенности реактивных состояний, развивающихся у больных хроническим алкоголизмом 155
Позднякова С. П. — О рецидивирующем течении алкогольных параноидов 160
Соцевич Г. Н. — О резидуальном бреде ревности 165
Имамов А. — Влияние психогенных факторов на возникновение и клиническую картину острого алкогольного параноида . . 172
Королев В. В., Курмашева Л. А. — К вопросу о динамике алкогольного бреда ревности 178
Хасанов И. — Некоторые данные электроэнцефалографического исследования больных белой горячкой 183
Бехтель Э. Е. — Функциональное состояние α-адренорецепторного прибора в динамике алкогольного делирия 188
Гуревич Л. Г. — К вопросу внутриклеточной гипергидратации при острых алкогольных психозах 195
Федорова Л. И. — О некоторых клинических вариантах шизофрении, сочетанной с хроническим алкоголизмом 198

IV. Лечение хронического алкоголизма и алкогольных психозов

Рожнов В. Е. — Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом . . . 207
Пащенков С. З. — О некоторых вариантах комплексного лечения больных хроническим алкоголизмом 217

Ратнер К. С. — К теоретическому обоснованию действия некоторых медикаментов при алкоголизме 223
Альтшулер В. Б. — Сопоставление некоторых сторон клиники и нейродинамики хронического алкоголизма и параноидной шизофрении в аспекте изучения действия тизерцина и трифтазина . 228
Василевская А. Д. — О лечении малыми дозами ликоподиума селяго больных хроническим алкоголизмом с выраженным влечением к алкоголю 236
Соколов Ю. А. — Клиника и лечение тяжелых форм алкогольного делирия 241
Гальперин Я. Г. — К вопросу об осложнениях при лечении некоторыми сенсибилизирующими организм к алкоголю средствами . 247
Вишнякова Ю. С. — К вопросу о противоалкогольном лечении больных шизофренией, сочетающейся с хроническим алкоголизмом . 253